

Hipereosinofilia a propósito de dos observaciones

A. Sánchez Palacios* / M. Maortua** / S. Rull**

RESUMEN

Se presentan dos enfermas con eosinofilia de etiología no bien filiada, a pesar de las múltiples exploraciones realizadas. Se hace una revisión breve de las funciones de los eosinófilos, de aquellas enfermedades que pueden cursar con hipereosinofilia y de los posibles mecanismos fisiopatológicos que podrían explicar el aumento de los eosinófilos, en uno de los casos.

Introducción

La observación analítica de eosinofilia sanguínea es relativamente frecuente, presentándose en enfermedades diversas. No obstante, en numerosas ocasiones plantea problemas respecto a su etiopatogenia. Actualmente se sabe que el eosinófilo es una célula fagocitaria con la misión fundamental de ingerir y degradar complejos antígeno-anticuerpos, lo que significa que la eosinofilia se encuentra preferentemente asociada a las reacciones atópicas y a la mayor parte de las enfermedades con base inmunopatológica, desde la parasitosis intestinal hasta diversas formas tumorales^{1,2,6,7,11,14,24,30,31,37}.

* Departamento de Alergología.

** Departamento de Medicina Interna. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Se considera que la relación eosinófilos circulantes/eosinófilos tisulares es de 1/300-500 y que la vida media es muy breve en el torrente circulatorio (minutos) y prolongada (varios días) en los tejidos. Por ello no siempre hay relación entre una y otra eosinofilia, es decir, eosinofilias tisulares sin paralelismo con la circulante^{9,15,16,17,23,39}.

Actualmente se sabe que los eosinófilos poseen propiedades de actividad farmacológica antiinflamatoria, liberando sustancias antihistamínicas, así como almacenando plasminógeno en los gránulos de su citoplasma^{19,22,23,32}. La observación de dos enfermos con una eosinofilia del 76 % en un caso, y del 35 % en el otro, sin una etiología clara que la justifique, nos ha inducido a revisar someramente aquellos procesos que pueden cursar con eosinofilia y a considerar su posible etiopatogenia.

Presentación de los casos

1.º Caso

El primero de ellos es una hembra de 55 años con historia de asma bronquial de un mes de duración, refiriendo un cuadro dispéptico de sintomatología imprecisa.

A la exploración, destacaba una auscultación pulmonar con roncus y sibilancias inspiratorias diseminadas por ambos hemitórax.

Los exámenes complementarios (Radiografía de senos, tórax, ECG, etc.) no evidenciaron nada patológico.

En la fórmula leucocitaria destacaba una eosinofilia del 76 % y el resto de las pruebas analíticas (proteínograma, serología para hidatidosis, tuberculina, cultivo de esputo, etc.), fueron normales. En el coprocultivo se observaron blastocystis hominis y quistes en endolimax nana.

Durante su ingreso, coincidiendo con la marcada hipereosinofilia, presentaba un broncoespasmo intenso, requiriendo una dosis inicial de 40 mg de metil-prednisolona para continuar con 20 mg diarios como dosis de mantenimiento, simultáneamente recibió antibiótico, mucolíticos y broncolíticos por vía inhalatoria y parenteral.

A los 20 días de iniciado el tratamiento había desaparecido el broncoespasmo, pero persistía una eosinofilia del 53 %. En estas condiciones es dada de alta a los 2 meses. Se aconsejó 8 mg de metil-prednisolona cada 48 horas, y a pesar de ello las cifras de eosinófilos en revisiones posteriores han continuado elevadas (ver tabla I).

Tabla I. FORMULA LEUCOCITARIA DEL PRIMER PACIENTE

Año 1977	Febrero	Marzo	Abril	Junio
Leucocitos (mm ³)	15.000	17.100	14.100	7.500
Segmentados (%)	10	24	17	54
Cayados (%)	2	1	3	2
Linfocitos (%)	72	20	18	28
Eosinófilos (%)	76	53	62	16

2.º Caso

El segundo paciente es una hembra de 54 años que presenta lumbalgias de 12 años de evolución.

Entre los antecedentes personales destacaban un cistorrectoce, un colón irritante y un síndrome depresivo ansioso. A la exploración tenía dolor bilateral a la puñopercusión en para-espinosos lumbares. Radiológicamente se puso de manifiesto una espondiloartrosis lumbar y ligera escoliosis con mareada osteoporosis.

En la fórmula leucocitaria destacaba una cifra alta de eosinófilos, que llegó a ser del 35 % (ver tabla II). El resto de las exploraciones eran normales. Otras pruebas más específicas: inmunodiagnóstico de hidatidosis, coprocultivo, pruebas cutáneas, etc., también resultaron dentro de la normalidad.

qual intrínseco es relativamente frecuente, pero raramente se encuentran cifras tan elevadas (superiores al 75 %) ¹⁸.

Existe, sin embargo, un síndrome (eosinofilia pulmonar asmática) que se caracteriza por la asociación de eosinofilia con leucocitosis (hasta 30.000/ml) e imágenes cambiantes radiológicas. Todo ello asociado a crisis tusígenas disneizantes que terminan con la eliminación de pequeños moldes bronquiales. Se acepta, se trata de fenómenos de hipersensibilidad, especialmente relacionados con la infestación con *aspergillus fumigatus*, cuya presencia se ha podido demostrar en el 50 % de estos casos ¹².

El mecanismo patogénico por el cual el asma bronquial podría llevar asociado una eosinofilia elevada, lo sería a través de la presencia de factores eosinotácticos, tales como pre-

encontramos hechos patológicos que la justificasen. Igualmente, como sólo recibió tratamiento sintomático para su lumbalgia (antidresivos, y salicilatos) y las cifras de eosinófilos han sido incluso más elevadas en revisiones posteriores, nos parece podría incluirse en lo que se ha llamado eosinofilia idiopática.

El pronóstico de las hipereosinofilias es variable, oscilando entre formas totalmente benignas con otras que presentan un curso rápido con exitus a corto plazo.

Por otro lado, existen enfermos con afectación sistémica y evolución crónica que suelen ser resistentes al tratamiento esteroideo. Algunos factores, tales como una cifra de leucocitos superiores a 100.000/mm, presencia de formas blásticas, insuficiencia cardíaca rebelde y afectación simultánea de diversos órganos, influyen negativamente en el pronóstico.

En la figura 1, podemos apreciar la mortalidad en 57 pacientes con síndromes hipereosinofílicos de 36 meses de evolución ⁹.

De todo lo expuesto anteriormente puede concluirse:

1. La etiología de una eosinofilia es muy variada y con frecuencia no se puede llegar a un diagnóstico preciso.
2. Actualmente no se conocen bien las funciones de los eosinófilos, aunque cada día se concede mayor importancia a su acción fagocitaria.
3. Aunque muchas hipereosinofilias son totalmente benignas, en ocasiones conllevan un mal pronóstico.

Ante una eosinofilia de origen desconocido debe realizarse un control periódico y puede ensayarse tratamiento con dosis bajas de corticoides.

Tabla II. FORMULA LEUCOCITARIA DEL SEGUNDO PACIENTE

Año 1976-77	Noviembre	Abril	Julio	Agosto
Leucocitos (mm ³)	10.400	9.100	9.000	9.100
Segmentados (%)	61	40	39	37
Cayados (%)	3	1	2	1
Linfocitos (%)	24	32	25	30
Eosinófilos (%)	12	26	26	35

Discusión

Son múltiples las enfermedades que cursan con eosinofilia: procesos malignos, eosinofilia familiar, infiltrado pulmonar de Löfller, infiltraciones eosinófilas hepáticas y del tracto gastrointestinal, leucosis eosinofilia, endocarditis fibroblástica, alergias parasitarias y dermatológicas, etc. ^{3,4,5,7,8,10,13,21,25,27,28,29,34,35,36}.

En nuestro primer caso, tras realizar un estudio exhaustivo (analítica habitual, serología de hidatidosis y triquinosis, medulograma, pruebas cutáneas alérgicas, examen coproparasitario, fenómeno LE, inmunidad humoral y celular, exploración radioscópica de tórax, etc.) sólo se hallaron dos cuadros patológicos que pueden cursar con eosinofilia: el asma bronquial, que fue catalogado como asma intrínseco y una parasitosis intestinal por *blastocystis hominis* y quistes de *endolimax nana*. A pesar de ello surgió la duda de si podría justificarse una eosinofilia tan marcada por alguno de estos dos hechos.

La eosinofilia en el asma bron-

sencia de complemento, las concentraciones elevadas de IgE ¹⁸, así como de la sustancia de reacción lenta de la anafilaxia SRS-A ^{20,38}.

En el caso de la parasitosis intestinal por metazoos, la eosinofilia se desencadenaría por la presencia de antígenos procedentes de dichos parásitos y con repercusión eositáctica.

A pesar de todo lo expuesto y teniendo en cuenta la eosinofilia comentada en la primera observación, no podemos, sin embargo, afirmar de modo natural que su asma bronquial intrínseco justifique la marcada eosinofilia que tan persistentemente presentó. A pesar del tratamiento con metilprednisolona, que si bien hizo desaparecer el broncoespasmo en una semana, las cifras de eosinófilos en sangre siguieron muy elevadas hasta dos meses después.

Respecto a la parasitosis encontrada, no se puede aceptar una relación con dicha eosinofilia ²¹.

En la segunda observación, a pesar de todas las exploraciones realizadas intentando descartar las posibles causas de la eosinofilia, no

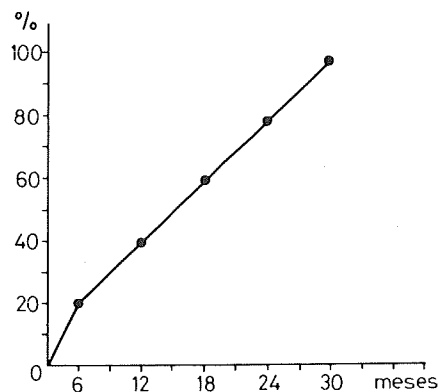


Fig. 1.—Mortalidad acumulada en 57 pacientes con síndromes hipereosinofílicos (según Chusid ⁹).

Bibliografía

1. Adickman M. *Pulmonary infiltrates and eosinophilia associated with drug-reactions and parasitic infections.* Postgrad Med. 60, 143, 1976.
2. Afcher GT. *Eosinophilia and must cell hyperplasia induced by parasite phospholipid.* Pathology 9, 137, 1977.
3. Assem ES. *Cytophilic antibodies in bronchopulmonary aspergilloma and cryptogenic pulmonary eosinophilia.* Clin Exp Immunol. 26, 67, 1976.
4. Bhandari CM. *Relative value of peripheral blood, secretion and tissue eosinophilia in the diagnosis of different patterns of allergic rhinitis.* A. Allergy 37, 280, 1976.
5. Bosnjak Petrovic V. *Eosinophilic lung infiltration and bronchial asthma-a report of a case.* Srp Arch Celok Lek. 104, 569, 1976.
6. Bulucea D. *Leukemia with eosinophilia and paraneoplastic eosinophilinilia.* Rev Pediatr Obstet Ginecol. 25, 223, 1976.
7. Bulucea D. *Intense blood hypereosinophilia in Hymenolepis nana infestation. Considerations on 2 cases.* Rev Ig Bacteriol. 21, 121, 1976.
8. Camus JP. *Shulman's syndrome (pseudoscleroderma with eosinophilia) 2 cases and review literature.* Am Med Intern (Paris) 127, 491, 1976.
9. Chusid MJ, Dale DC, West BC, Wolff SM. *The hypereosinophilic syndrome analysis of fourteen cases with review of the literature.* Medicine Baltimore 54, 1, 1975.
10. Davidson AR. *Eosinophilic granuloma of the lung.* Br J Dis Chest 2, 125, 1976.
11. Dujardin P. *Development of mayor hypereosinophilia in Hodgkin's disease.* Sem Hop. Paris. 52, 901, 1976.
12. Farreras Rozman. *Eosinofilia pulmonar asmática.* Med Int. 1, 746, 1975.
13. Goray FG. *Eosinophilic fasciitis: A Scleroderma-like illness.* Jama 237, 529, 1977.
14. Gudiol F, Fernandez Viladrich P, Niubo R, Bernat R, Pac V, Rufi G, Buendia E, Fernandez Nagues F. *Trigerinosis: A propósito de 22 observaciones.* Med Clin. 63, 125, 1974.
15. Herrow JC, Glussen RM, Walker RI, Palmer JG. *Eosinophil kinetic in two patient with eosinophilia.* Blood 36, 361, 1970.
16. Hirashima M. *The Mediation of tissue eosinophilia in hypersensitivity reactions. II Separation of a delayed eosinophil chemotactic factor from macrophage chemotactic factors.* Immunology 31, 263, 1976.
17. Honsinger RW, Silvertstein D, Van Arsdel P. *The eosinophil and allergy?* J Allergy 49, 142, 1972.
18. Hsreh KH. *Study of E rosettes serum IgE and eosinophilia in asthmatic children.* Ann Allergy 37, 383, 1976.
19. Hubscher T. *Role of the eosinophil in the allergic reactions II. Release of prostaglandins from human eosinophilic leukocytes.* J Immunol 114, 1381, 1975.
20. Hubscher T, Eisen AH. *A possible immunopharmacological role of human eosinophils in allergic reactions en mechanism in allergy.* Editado por Coodfriend L, Sehom A, y Orange R. P. Marcel Dekker. New York. 431, 1973.
21. Huerta LJ. *Serum Levels of IgE, IgA, eosinophilia and response to phytohemagglutinin in 100 girls with parasitic diseases and 30 controls.* Alergia 23, 107, 1976.
22. Hubscher T. *Role of the eosinophil in the allergic reaction. I EDI - An eosinophil-derived inhibitor of histamine release.* J Immunol. 114, 1.389, 1975.
23. Jona JZ. *Eosinophilic infiltration of the gastrointestinal tract in children.* Am J Dis Child 130, 1.136, 1976.
24. Kane SP. *Ulcerative colitis with cronic liver disease, eosinophilia and autoimmune thyroid disease.* Postgrad Med J. 53, 105, 1977.
25. Kay AB. *The eosinophil in infections diseases.* J infect Dis. 129, 606, 1974.
26. Kim GR. *The electron microscopie study of enzymes in eosinophils.* Yonsei Med J 16, 29, 1975.
27. Krylov AA. *Acute abdominal syndromes associated with severe eosinophilia.* Voen Med. Zh 7, 73, 1977.
28. Leinbach LE, Rubin CE. *Eosinophilic gastroenteritis: A simple reaction to food allergens?* Gastroenterology 59, 874, 1970.
29. McAdam LP. *Papular mucinosis with myopathy, arthritis, and eosinophilia. A Histopathologic study.* Arthritis Rheum 20, 989, 1977.
30. Miller WM. *Progressive hypereosinophilia with lung nodules due to thyroid carcinoma.* Chest 71, 789, 1977.
31. Neckrasov NV. *Systemic histiocytosis -x of the eosinophilic granuloma type with pulmonary lesion.* Grudn Khiv 4, 91, 1977.
32. Orange RP, Murphy RC, Austen KF. *Inactivation of slow-reacting substance (SRS-A) by anylsulfatases.* J Immunol 113, 316, 1974.
33. Orange RP, Murphy RG, Karnovsky ML, Austen KF. *The physicochemical characteristics and purification of slow-reacting substance of anaphylaxis.* J Immunol. 110, 760, 1973.
34. Riggio S. *Eosinophilic granuloma with lymph node and pulmonary localization.* Minerva Pediatr. 28, 2.029, 1976.
35. Roberts WC, Buja IM, Ferrans VJ. *Lofler's fibropastic parietal endocarditis, eosinophilic leukemia and Davies endomyocardial fibrosis. The same disease at different stages?* Path et Microbiol 35, 90, 1970.
36. Spry C. *Eosinophilia in Addison's disease.* Yale J Biol Med 49, 411, 1976.
37. Wasserman SI, Goertz EJ, Ellman L, Austen KF. *Tumor associated eosinophilotactic factor.* New Engl J Med. 290, 420, 1974.
38. Wasserman SL, Goetizl ES, Austen KF. *Inactivation of slow-reacting sustance of anaphylaxis (SRS-A) by human eosinophil aril-sulfatase.* J Immunol 114, 645, 1975.
39. Wright DG. *Immunological aspects of diagnosis histopathology in clinical aspects of immunology.* Blackwell Scientific Publications. Oxford 789, 1975.

TWO CASES OF HYPEREOSINOPHILIA

Summary

Two patients are presented with eosinophilia of an unknown etiology and consequently various explorations were carried out. A brief summary of the diseases that produce a hypereosinophilia, the possible pathophysiological mechanism that could explain the increase in eosinophiles is given for one case.

EUNSA

HISTORIA UNIVERSAL

CARACTERISTICAS

CADA VOLUMEN: 500 páginas (aproximadamente) Formato: 242 x 195 mm.

Ilustraciones: láminas, croquis, mapas. Encuadernación: guaflex

Fechas de publicación:

☐ -Aparición del Tomo I: marzo de 1979

-Aparición del último Tomo: diciembre de 1981

☐ Volúmenes publicados: Tomo I, Tomo VI*: 2.000 ptas. cada tomo.

Volúmenes de próxima aparición (año 1980): Tomos II, IV, V, VI**, IX*



YA ESTA A LA VENTA

Tomo I

LAS PRIMERAS CIVILIZACIONES

Hasta el año 500 a. J.C.

Luis Suárez Fernández

DE INMEDIATA APARICION

Tomo II*

LA ANTIGÜEDAD CLASICA

La época helénica y helenística:
500 a. J.C.-30 a. J.C.

Luis A. García Moreno

Tomo II**

LA ANTIGÜEDAD CLASICA

El Imperio Romano:

30 a. J.C.-395 d. J.C.

Luis A. García Moreno

Tomo III

DEL MUNDO ANTIGUO

AL MEDIEVAL

S. IV a s. VIII

José Orlandis

Tomo IV

**FUNDAMENTOS DE LA
CIVILIZACION EUROPEA**

S. VIII - mediados s. XI

Angel Martín Duque

Tomo V

LA CRISTIANDAD MEDIEVAL

Mediados s. XI - principios s. XIV

Luis Adão da Fonseca

YA ESTA A LA VENTA

Tomo VI*

DE LA CRISIS DEL SIGLO XIV

A LA REFORMA

S. XIV y XV

Luis Suárez Fernández

Tomo VI**

DE LA CRISIS DEL SIGLO XIV

A LA REFORMA

Renacimiento y Reforma

Valentín Vázquez de Prada

Tomo VII

LA EPOCA DE LAS GUERRAS

DE RELIGION

1550 - 1660

Valentín Vázquez de Prada

Tomo VIII

**DEL ABSOLUTISMO
A LAS REVOLUCIONES**

1660 - 1776

René Pillorget

Tomo IX*

DE LAS REVOLUCIONES

AL LIBERALISMO

La época de las Revoluciones
1776 - 1830

José Luis Comellas

Tomo IX**

**DE LAS REVOLUCIONES AL
LIBERALISMO**

La época Romántico-Liberal
1830 - 1870

José Luis Comellas

Tomo X

**LA CONSOLIDACION
DEL LIBERALISMO**

1870 - 1918

Gonzalo Redondo

Tomo XI

**DEL LIBERALISMO
A LA DEMOCRACIA**

1918 - 1945

Gonzalo Redondo

ATLAS HISTORICO

A todo color

APELLIDOS

NOMBRE

ESPECIALIDAD

CALLE

NUM.

POBLACION

DISTRITO POSTAL

PROVINCIA

PAIS

Deseo suscribirme y recibir en mi dirección los 14 volúmenes de la HISTORIA UNIVERSAL a medida que vayan apareciendo.



EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S.A.
Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Tel. (948) 25 68 50*
BARAÑAIN - PAMPLONA (ESPAÑA)